**Deutscher Bundestag** **Drucksache 16/3962**

**16. Wahlperiode** 21. 12. 2006

# Antwort

## der Bundesregierung

### auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elke Hoff, Birgit Homburger, Dr. Rainer Stinner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 16/3741 –

## Gefährdung des Dienstbetriebes im Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Situation im Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr ist durch die regelmäßige Belastung von Ärzten und Sanitätern durch Auslandseinsätze der Bundeswehr schon seit Jahren angespannt. Zum 1. Januar 2007 wird die neue Stärke- und Ausstattungsnachweisung (STAN) für die Bundeswehrkrankenhäuser in Kraft gesetzt. Damit geht eine Reduzierung von etwa 200 zivilen Dienstposten und im Gegenzug ein Aufwuchs der militärischen Dienstposten in etwa der gleichen Größenordnung einher. Im Hinblick auf die angestrebte Reduzierung der zivilen Mitarbeiter auf 75 000 Dienstposten bis 2010 werden bei Neueinstellungen nur noch befristete Verträge abgeschlossen. Gleichzeitig gibt es die Weisung, dass nach Beendigung eines befristeten Arbeitsverhältnisses für den betroffenen Dienstposten eine sechsmonatige Nachbesetzungssperre herrscht. Daher können die neuen Dienstposten, die eine mindestens dreijährige Fachausbildung beinhalten, in den Krankenhäusern bzw. Regionalen Sanitätseinrichtungen nicht zum 1. Januar 2007 besetzt werden. Eine komplette Nachbesetzung kann nur sukzessive bis frühestens 2009 erfolgen.

In der neuen STAN sind die militärischen Dienstposten überdies nicht so kodiert, dass man freie militärische Dienstposten durch einen zivilen Beschäftigten besetzen könnte, zumindest so lange, bis ein ausgebildeter Soldat den Dienstposten gemäß STAN und geforderter Ausbildungshöhe besetzen kann. Aufgrund der bis zu sechsmonatigen Vakanz auf einem Dienstposten sind mittlerweile derart große personelle Lücken entstanden, dass hier Aufgaben und Funktionen aufgegeben werden mussten, etwa durch Schließung von Stationen, Operationssälen oder der Aufgabe des Schichtbetriebes. Kommt dann noch die Reduzierung auf Seiten der zivilen Beschäftigten durch die neue STAN hinzu, entfällt nicht nur die Kontinuität, sondern der gesamte Dienstbetrieb ist in Gefahr. Das Kompensieren der Lücken mit ausgebildetem Personal aus den regionalen Sanitätseinrichtungen führt zu einem deutlichen Anstieg der Überweisungen in den zivilen Bereich und damit zu Kostensteigerungen.

Es besteht zwar die Möglichkeit, zeitlich befristet sog. Vertragsärzte zu gewinnen. Dies wird in der Praxis jedoch durch die wenig Anreiz bietenden Verdienstmöglichkeiten erschwert. Die Grundaufgabe des Sanitätsdienstes

*Die Antwort wurde namens des Bundeskanzleramtes mit Schreiben des Bundesministeriums der Verteidigung vom 20. Dezember 2006 übermittelt.*

*Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.*

„Die Versorgung der Soldaten im Inland“ ist somit zunehmend gefährdet. Die Situation in den regionalen Sanitätseinrichtungen wird durch die häufige Abwesenheit der Truppenärzte zunehmend als nicht zufrieden stellend bewertet.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die aus den Belastungen des Sanitätsdienstes in der Aufwuchs- und Umgliederungsphase gezogenen Rückschlüsse auf eine geminderte sanitätsdienstliche Versorgungsqualität der Soldaten im Inland treffen nicht zu. Auch wenn stellenweise Leistungen erbracht werden müssen, für die der Sanitätsdienst noch nicht vollständig aufgestellt ist, wird im In- und Ausland stets eine qualitativ hochwertige, umfassende Versorgung erbracht, die dem Anspruch der zu versorgenden Soldatinnen und Soldaten vollends gerecht wird (vergleiche Ausschussdrucksache 16(12)229 des Verteidigungsausschusses des Deutschen Bundestages: Bericht der Bundesregierung zur aktuellen Situation des Sanitätsdienstes und der Qualität der ärztlichen Versorgung in den Einsatzgebieten und in Deutschland).

1. Wie soll die Grundaufgabe des Zentralen Sanitätsdienstes, „Die Versorgung der Soldaten im Inland“, unter den neuen Rahmenbedingungen sichergestellt werden?

Im Mittelpunkt aller konzeptionellen und strukturellen Überlegungen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr steht die umfassende sanitätsdienstliche Versorgung der Soldatinnen und Soldaten. Da die Ausrichtung der Streitkräfte auf die Einsatzaufgaben strukturbestimmend ist, kam es bei der Aufstellung des Organisationsbereiches „Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr“ darauf an, alle sanitätsdienstlichen Kräfte aus den unterschiedlichen Bereichen weitestgehend zu konzentrieren und so zu gestalten, dass mit einem „single set of forces“ sowohl die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung im Inland sichergestellt als auch für alle Einsatzoptionen aufgabenspezifisch leistungsfähige Sanitätseinsatzverbände generiert werden können.

Bundeswehrkrankenhäuser (BwKrhs), Regionale Sanitätseinrichtungen (RegSanEinr), Ausbildungseinrichtungen sowie die Sanitäts- und Lazarettregimenter wurden zu diesem Zweck intern optimiert, zum Teil neu aufgestellt und in einem effektiven Wirkverbund zusammengefasst.

Mit diesem integrierten Versorgungssystem wird die sanitätsdienstliche Versorgung im Grundbetrieb auf hohem Niveau sichergestellt, die Unterstützung im Bereich der Ausbildungs- und Übungstätigkeit der Truppenteile gewährleistet und die für den Einsatz notwendige sanitätsdienstliche Versorgung kompetent und leistungsfähig bereitgestellt.

2. Warum wird die sechsmonatige Nachbesetzungssperre auf wichtigen Dienstposten in den Bundeswehrkrankenhäusern nicht aufgehoben?

Die Nachbesetzungssperre sieht Ausnahmemöglichkeiten vor. Soweit in begründeten Einzelfällen bei unabweisbar dringendem Bedarf die Besetzung freier oder frei werdender Dienstposten erforderlich ist, werden Ausnahmen zugelassen. Hiervon wurde bereits in zahlreichen Fällen für wichtige Dienstposten der BwKrhs Gebrauch gemacht.

3. Warum wandelt man nicht alle militärischen Dienstposten in befristete Soldatenwechselstellen um, zumindest so lange, bis ein ausgebildeter Soldat den Dienstposten gemäß STAN und geforderter Ausbildungshöhe besetzen kann?

Es besteht die Möglichkeit, betroffenes Zivilpersonal bis zum Abschluss des Aufwuchses mit militärischem Personal auf Dienstposten mit Wegfall-Vermerk (kw-Vermerk) oder unter Nutzung von Soldatenwechselstellen weiterzubeschäftigen, solange die Bereitschaft zur regelmäßigen Teilnahme an Auslandseinsätzen besteht und keine Verdrängung zu Lasten des geplanten militärischen Personalaufwuchses erfolgt.

4. Inwieweit ist das Fachpersonal vor Ort bei der Erstellung der neuen STAN beteiligt worden?

Grundsätzlich wird die fachliche Expertise im Rahmen des STAN-Verfahrens durch die zuständigen Stellen des Bundesministeriums der Verteidigung und die Ämter eingebracht. Zusätzlich wurden den Leitern der Konsiliargruppen als Vertreter der Fachgebiete und den betroffenen Abteilungsleitern der BwKrhs im Rahmen von Tagungen im Mai 2005 und März 2006 die Planungen für die Weiterentwicklung der BwKrhs vorgestellt und deren Anregungen aufgegriffen. Zudem wurden Informationsveranstaltungen in allen umzustrukturierenden BwKrhs im November 2005 sowie September 2006 durchgeführt.

5. Wie kann in Zukunft die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung in den Regionalen Sanitätseinrichtungen sichergestellt werden?

Bei der Ausplanung der RegSanEinr ist durch Anwendung von Personalbemessungsschlüsseln berücksichtigt, dass jedem Soldaten der Bundeswehr, der im Inland stationiert ist, für die Durchführung seiner truppenärztlichen Versorgung eine entsprechende Untersuchungs- und Behandlungskapazität in einer RegSanEinr zur Verfügung steht.

Es sind 199 allgemeinärztliche Behandlungseinrichtungen ausgeplant (67 Sanitätszentren, 54 Sanitätsstaffeln und 78 Arztgruppen). Hinzu kommen 18 Fachsanitätszentren, in denen neben der allgemeinmedizinischen auch eine ambulante gebietsärztliche Versorgung durchgeführt wird.

6. Besteht die Möglichkeit, die Verträge und Verdienstmöglichkeiten anzupassen, um bei Bedarf Vertragsärzte zu gewinnen?

Die Vergütung der Vertragsärzte ist unterschiedlich geregelt, je nachdem, welche Tätigkeit diese wahrnehmen. Grundsätzlich gilt, dass die Höhe der Vergütung immer wieder dahin gehend zu prüfen ist, ob Handlungsbedarf im Sinne einer allgemeinen Vergütungsanpassung besteht.

7. Mit welchen Anreizen soll qualifiziertes ärztliches Personal für die Umsetzung der neuen STAN zum Dienst in der Bundeswehr gewonnen werden?

Die Laufbahn der Sanitätsoffizieranwärterinnen und -anwärter (SanOA) ist für die Regeneration der Sanitätsoffiziere unverzichtbar. Diese beruht auf der Einstellung von SanOA, die der Bundeswehr im Anschluss an ein ziviles Hochschulstudium im Rahmen einer mehrjährigen Beurlaubung nach Erhalt der Approbation als Sanitätsoffizier zur Verfügung stehen.

Zur Attraktivität der Laufbahn tragen das während des Studiums gewährte Ausbildungsgeld sowie eine auch im Vergleich zum zivilen Gesundheitswesen angemessene Besoldung bei. Die Laufbahn ist auch im Vergleich zu zivilen Alternativen so attraktiv, dass sich bei einer Bewerberzunahme in 2006 um ca. 10 Prozent gegenüber dem Vorjahr derzeit acht Interessenten auf eine Einstellungsmöglichkeit bewerben; die Regeneration ist somit uneingeschränkt gewährleistet. Darüber hinaus konnten in den letzten Jahren regelmäßig zahlreiche hochqualifizierte Ärzte (z. T. Gebietsärzte bis hin zu habilitierten Fachärzten), Zahnärzte, Apotheker und Veterinäre als Seiteneinsteiger gewonnen werden.

8. Welche Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung sind für Sanitätsoffiziere geplant?

Höherdotierungen zahlreicher Facharztdienstposten bei gleichzeitiger Flexibilisierung des Laufbahnrechtes haben zu einer Steigerung der Attraktivität in den klinischen Fachgebieten beigetragen. Einen hohen Stellenwert nimmt die Vereinbarkeit von Familie und Dienst ein. Betreuungsurlaub, Elternzeit und Teilzeitdienst bieten entsprechende Anreize.

9. Wie wird sichergestellt, dass das Personal in Übung gehalten wird?

Die generelle Zielsetzung der fachlichen wie auch der militärischen Inübunghaltung der Sanitätsoffiziere und des medizinischen Assistenzpersonals wird durch Erlasse definiert, deren praktische Umsetzung mittels Durchführungsweisungen konkretisiert wird.

Die fachlich medizinische Inübunghaltung folgt den diesbezüglichen gesetzlichen und standesrechtlichen Bestimmungen und steht im Einklang mit den entsprechenden zivilen Regelungen.

Die Durchführung der fachlichen und militärischen Inübunghaltung steht in der Verantwortung der Disziplinarvorgesetzten und unterliegt der Dienstaufsicht durch Vorgesetzte.

10. Wie hoch ist die Tagesantrittsstärke der Truppenärzte, exklusive der Vertragsärzte?

Zirka 56 Prozent in 2006.

11. Ist es zutreffend, dass geplant ist, den Bestand von zivilen Dienstposten von 6 200 auf 2 650 im Rahmen des Sanitätsdienstes zu reduzieren, und wie wirkt sich dies auf die Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung im Inland aus?

Ja. Die Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung im Inland wird nicht beeinträchtigt.

12. Inwiefern wird die Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung durch den Umstand beeinträchtigt, dass sich rund 900 Feldwebel im Sanitätsdienst jährlich in der Zivilberuflichen Aus- und Weiterbildung (ZAW) befinden?

    Wie beeinträchtigt dies die Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung?

Für die Laufbahnen der Feldwebel des Sanitätsdienstes erfordert die Angleichung des fachlichen Ausbildungsniveaus an den Qualifikationsstandard des zivilen Gesundheitswesens eine in der Regel mehrjährige zivilberufliche Aus-

und Weiterbildungsmaßnahme (ZAW). Für eine Übergangsphase, in der das Personal schrittweise gewonnen und teilweise nachqualifiziert werden muss, sind Vakanzen auf neu eingerichteten Dienstposten gegeben, sodass Engpässe und Spitzenbelastungen nicht immer vermieden werden können. Die Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung wird hierdurch jedoch nicht beeinträchtigt, sondern durch das höhere Qualifikationsniveau gesteigert.

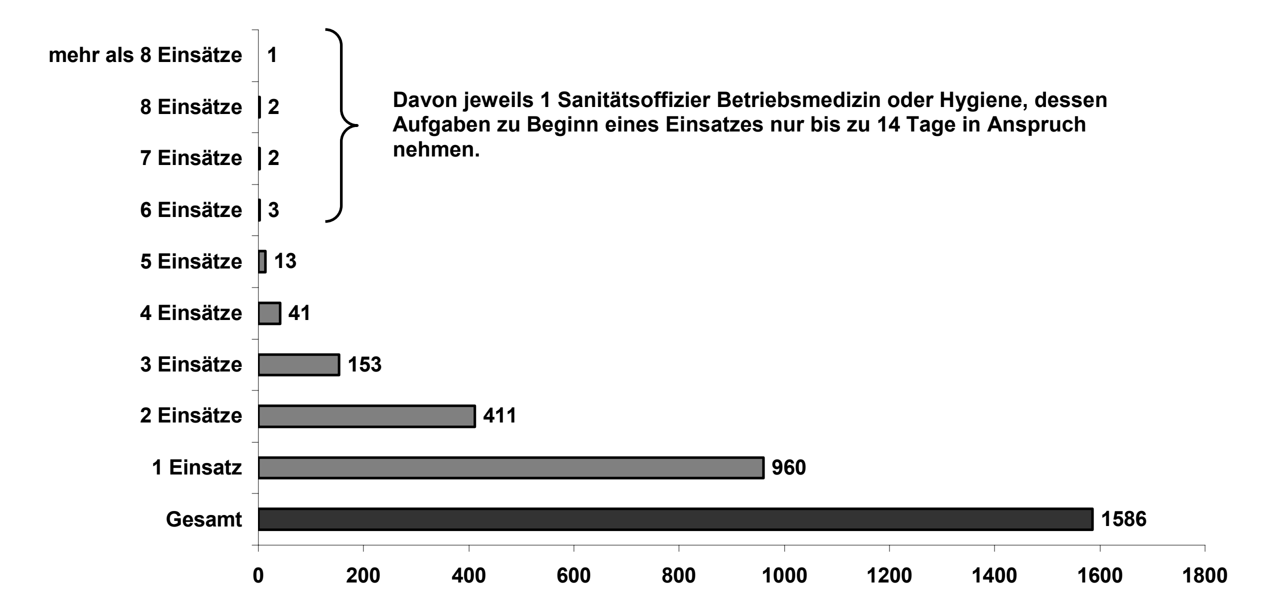
Schon jetzt fließt regelmäßig Personal nach der ZAW zu. Nach Abschluss des Aufwuchses in 2010 wird der Umfang an ZAW im Hinblick auf das dann erreichte Fließgleichgewicht reduziert und die Ausbildung regelmäßig bereits vor der Versetzung auf die Zieldienstposten abgeschlossen.

13. Wie viele Sanitätsoffiziere waren über den Zeitraum 2004 bis 2006 im Auslandseinsatz?

Wie viele von diesen waren zweimal im Einsatz?

Wie viele von diesen waren dreimal und häufiger im Auslandseinsatz?

Die folgende Grafik zeigt die Häufigkeitsverteilung der Einsatzteilnahme von Sanitätsoffizieren in den Jahren 2004 bis 2006. Die Einsatzhäufigkeit resultiert in vielen Fällen aus dem Wunsch der Sanitätsoffiziere nach kürzeren Einsatzzeiträumen. Durch sogenannte Splitting-Regelungen wird der reguläre Einsatzzeitraum von vier Monaten aufgeteilt, woraus in der Bilanz eine häufigere Inanspruchnahme resultiert, ohne dass sich die Gesamteinsatzdauer erhöht.




14. Wie hoch ist die jährliche Durchschnittsabwesenheitszeit durch Auslandseinsätze bei den Fachärzten, nur berechnet auf den Umfang der Fachärzte, die auslandsdienstverwendungsfähig sind und tatsächlich im Auslandseinsatz waren?

Die jährliche Durchschnittsabwesenheitszeit im Einsatz betrug für die Fachärzte, die im Jahr 2006 an Auslandseinsätzen teilnahmen, ca. 47 Einsatztage.

15. Ist es zutreffend, dass Sanitätspersonal zur Bewachung/Sicherung der Feldlager im Auslandseinsatz eingesetzt wird?

Derzeit beteiligt sich Sanitätspersonal in den PRT KUNDUZ und FEYZABAD an Bewachungs- bzw. Sicherungsaufgaben im Rahmen der Eigensicherung in kleinen Einsatzeinrichtungen.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass es außerhalb bewaffneter internationaler Konflikte grundsätzlich zulässig ist, Angehörige des Sanitätsdienstes zu militärischen Wachaufgaben heranzuziehen. Eine entsprechende Wachausbildung ist vorher zu absolvieren. Bei der Wahrnehmung von Wachaufgaben darf das Schutzzeichen des Roten Kreuzes nicht getragen werden.

16. Wie viele Soldaten wurden in den zurückliegenden Jahren wegen psychischer Belastungen auf Grund von Auslandseinsätzen im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung behandelt?

Zwischen dem 1. Januar 1996 und dem 30. Juni 2006 wurden in den BwKrhs insgesamt 1 656 Soldaten wegen psychischer Störungen, die im Zusammenhang mit Auslandseinsätzen auftraten, ambulant oder stationär untersucht und behandelt, davon 684 wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung und 972 wegen einer anderen, im weiteren Sinn stressassoziierten psychischen Erkrankung (z. B. chron. Überforderungssyndrome, Erschöpfungsdepression).

17. Wie viele Behandlungseinrichtungen – einschließlich Bettenzahl – stehen bei der Bundeswehr zur stationären Akutbehandlung von auf Grund von Auslandseinsätzen an posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) erkrankten Soldaten zur Verfügung?

18. Wo und wie erfolgt die Unterbringung von PTBS-Erkrankten zur akuten stationären Behandlung?

Die klinisch stationäre und teilstationäre fachärztliche Behandlung psychisch traumatisierter Soldaten aus den Einsätzen erfolgt bevorzugt in den BwKrhs Koblenz, Hamburg, Berlin oder Ulm. Hierzu wird im Zuge der Transformation der BwKrhs die Fähigkeit zur psychotraumatologisch orientierten Psychotherapie gestärkt, sodass mit Einnahme der Zielstruktur in den Abteilungen Psychiatrie und Psychotherapie der BwKrhs 115 klinische und tagesklinische Betten (ca. 6,4 Prozent des Gesamtbettenumfanges der BwKrhs) auch für die umfassende stationäre Versorgung psychisch traumatisierter Patienten zur Verfügung stehen. Darüber hinaus können auch stationäre Einrichtungen des zivilen Gesundheitswesens genutzt werden.

19. Ist es zutreffend, dass Planungen bestehen, die Laborabteilung V (Blutspendedienst) des Zentralen Instituts des Sanitätsdienstes in Koblenz zu schließen?

Nein.

20. Wie würde bei einer Schließung des Instituts des Sanitätsdienstes in Koblenz die Versorgung mit hoher Priorisierung, etwa von Feldlazaretten in den verschiedenen Einsatzgebieten, mit Blutkonserven sichergestellt werden?

Auf die Antwort zur Frage 19 wird verwiesen.

21. Trifft es zu, dass bereits abgeschlossene Verträge mit dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) u. a. zur Versorgung der NRF-7-Kräfte für die Belieferung der Bundeswehr keine priorisierte Versorgung mit Blutkonserven vorsehen, sondern diese lediglich unter den Vorbehalt „wenn möglich“ gestellt ist?

Im Vertrag über die „Bereitstellung und im Bedarfsfall Lieferung von Blutkonserven“ mit dem DRK-Blutspendedienst ist für den Fall einer allgemeinen Mangellage, in der das Blutspendenaufkommen den Bedarf nicht deckt, eine der Verfügbarkeit entsprechende Teilbelieferung der Bundeswehr vereinbart.

22. Ist beabsichtigt, den zum Studium beurlaubten Sanitätsoffizieranwärtern der Bundeswehr die ab dem 1. Oktober 2006 an den zivilen Universitäten erhobenen Studiengebühren zu erstatten?

Die ministerielle Prüfung der Möglichkeiten einer Erstattung/Übernahme von Studienbeiträgen neuer Art, unter anderem für die zum Studium an zivilen Universitäten beurlaubten SanOA, ist noch nicht abgeschlossen.

23. Wie stellt die Bundeswehr sicher, dass Sanitätspersonal, das im Auslandseinsatz auf Grund dienstlichen Auftrags Einheimische als Zivilpatienten behandelt, vor einer direkten persönlichen Inanspruchnahme mit zivilrechtlichen Schadensersatzansprüchen bei einem Behandlungsfehler geschützt ist?

Die Behandlung ziviler Patienten ist nicht hoheitlich. Dies bedeutet, dass neben der Bundesrepublik Deutschland (auf Grund von Vertragsverletzung oder aus unerlaubter Handlung) der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin aus unerlaubter Handlung (als Gesamtschuldner) auf Schadenersatz für jedes Verschulden haftet.

Allerdings ist dem Sanitätsoffizier im Falle seiner Inanspruchnahme aus Fürsorgegründen ein Haftungsfreistellungsanspruch gegen die Bundesrepublik Deutschland zugesichert, wenn der Behandlungsfehler lediglich auf einfacher Fahrlässigkeit beruht. Damit steht der Sanitätsoffizier bei der Behandlung von Zivilpersonen im Ergebnis nicht anders, als bei der Behandlung von Soldatinnen oder Soldaten der Bundeswehr.

Ein Rückgriff gegen den Sanitätsoffizier ist nur zulässig, wenn ihm Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fallen (§ 24 Abs. 1 Soldatengesetz). Die Höhe des Rückgriffanspruchs ist aus Fürsorgegründen regelmäßig begrenzt. In den mehr als zehn Jahren der Beteiligung der Bundeswehr an internationalen Einsätzen ist es bisher in keinem Fall zu einer Inanspruchnahme eines Sanitätsoffiziers gekommen.

24. Wie ist in den Bundeswehrkrankenhäusern sichergestellt, dass die Vorgaben der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie (RL 93/104/EG vom 23. November 1993 abgelöst durch RL 2003/88/EG vom 4. November 2003), die u. a. eine wöchentliche Höchstarbeitszeit von durchschnittlich 48 Stunden vorsieht sowie eine tägliche Ruhezeit von 11 Stunden und für die Bundeswehr wegen Ablaufs der Umsetzungsfrist unmittelbar gilt, für die Klinikärzte eingehalten wird?

Für die Ausplanung der militärischen Dienstpostenumfänge der BwKrhs wurde eine Wochenarbeitszeit von 41 Stunden berücksichtigt. Alle Aufwände, die sich aus den Aufgaben der BwKrhs ergeben, darin enthalten auch alle Anwesenheitsbereitschaften, wurden zeitmäßig erfasst und in Bezug zur Jahresarbeitszeit ge-

setzt. Die daraus resultierenden Dienstpostenumfänge sind in den STAN der BwKrhs abgebildet, sodass die Voraussetzungen zur Einhaltung der Vorgaben aus der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie bestehen. Verantwortlich für die Einhaltung der Richtlinie ist der jeweilige Chefarzt.

25. Ist es vorgekommen und möglich, dass z. B. im Bundeswehrkrankenhaus Ulm ein Facharzt für Anästhesie innerhalb einer Woche 112 Stunden Dienst leistet?

Ein konkreter Einzelfall, in dem die genannte Belastung aufgetreten wäre, konnte durch das BwKrhs Ulm nicht belegt werden. Allerdings sind temporäre Überbelastungen in einzelnen Wochen denkbar.

26. Trifft es zu, dass Unfallchirurgen am Bundeswehrzentralkrankenhaus jährlich bis zu 1 000 Stunden Überstunden leisten müssen?

Wenn ja, wie ist dies zu rechtfertigen?

Nein. Überprüfungen der diesbezüglichen Dokumentation durch die Abteilung Unfallchirurgie des Bundeswehrzentralkrankenhauses Koblenz ergaben, dass Spitzenbelastungen, die ausschließlich Oberärzte betrafen, im Jahr 2006 bei bis zu 300 mehr geleisteten Einzelstunden lagen.

Hohe zeitliche Belastungen in Form von Überstunden stellen die Ausnahme dar und nicht die planerisch vorgesehene Regel. Eine bereits 2004/2005 durchgeführte umfangreiche Erhebung der Dienstzeitbelastung von Ärzten der BwKrhs ergab, dass die durchschnittliche zeitliche Belastung der Ärzte sich unterhalb der durch die EU-Arbeitszeitrichtlinie vorgegebenen Höchstarbeitszeit bewegt. Bezüglich der Dienstzeitbelastung von Ärzten und Assistenzpersonal in den BwKrhs und RegSanEinr erfolgt derzeit eine erneute Erhebung, um auf der Basis einheitlicher Grundlagen künftig Spitzenbelastungen dauerhaft zu reduzieren.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333